

В контрольную группу включены 13 пациентов, которым закрытие толстокишечной стомы произведено путем традиционного лапаротомного оперативного доступа. Было 4 мужчин и 9 женщин. Возраст пациентов $57,3 \pm 14,2$ года, индекс массы тела $26 \pm 3,6$ кг/м². У 12 пациентов были концевые колостомы, у 1 петлевая. Резекция толстой кишки потребовалась двум пациентам: с петлевой колостомой и одному пациенту с концевой стомой в связи с наличием дивертикулярной болезни со множеством дивертикулов и рубцовой деформацией кишки. Аппаратный толстокишечный анастомоз сформирован у 18 (69%) пациентов, ручной (при достаточной длине анастомозируемых сегментов кишки) у 8 (31%) пациентов. Превентивная петлевая илеостома также сформирована у одного пациента.

Средняя длительность выполненных операций по группам значимо не отличалась 211 ± 55 и 219 ± 41 ($p=0,76$), средняя продолжительность проведения интенсивной терапии в контрольной группе оказалась в 1,7 раза дольше ($p=0,02$). Функция кишечника по признаку отхождения стула и газов восстановилась раньше в контрольной группе ($p=0,0002$). Значимых различий в объеме кровопотери по группам не было ($p>0,05$).

Выводы. Непосредственные результаты лапароскопически ассистированных операций по закрытию колостом говорят об их эффективности, технической выполнимости при должном внимании к подбору пациентов, низком числе осложнений, более раннем восстановлении функции кишечника, меньшей нуждаемости в проведении интенсивной терапии. Продолжительность операций сравнима при традиционном и лапароскопическом оперативном доступе. Внедрение этих операций является перспективным направлением в колоректальной хирургии.

Литература:

1. Park, J.M. Laparoscopic reversal of Hartmann's procedure / J.M. Park, K.C. Chi // J Korean Surg Soc. – 2011. – Vol. 82. – P. 256-260.
2. Should laparoscopic reversal of Hartmann's procedure be the first line approach in all patients? / R.K. Maitra [et al.] // International Journal of Surgery. – 2013. – Vol. 11. – P. 971-976.
3. Yang, P.F. Laparoscopic versus open reversal of Hartmann's procedure: a retrospective review / P.F. Yang, M.J. Morgan // ANZ J Surg. – 2014. – Vol. 84. – P. 965-969.

УДК 616-006.6

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Шаппо Г.М.,¹ Ерушевич А.В.,² Ермоленко Н.В.,² Ленеvская Я.И.²

¹УО «Витебский государственный медицинский университет»

²УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Рак желчного пузыря (РЖП) является наиболее частой первичной опухолью гепатобилиарной системы, поражающей в основном женщин старшего возраста, длительно страдающих желчнокаменной болезнью. [1, 2]. За последние десять лет в Республике Беларусь злокачественными опухолями желчного пузыря ежегодно заболевало от 100 до 120 человек. В РБ показатель заболеваемости РЖП в 2019 году составил 1,2 на сто тысяч населения, в Витебской области в 2019 году был 1,6 на сто тысяч населения. Причем, характерно, что среди женщин сельского населения Витебской области этот показатель был 5,3 на сто тысяч населения.[3] Этиологический фактор развития рака РЖП точно не установлен. Считается, что хроническое воспаление при наличии камней желчного пузыря, полипы, холестероз желчного пузыря и генетическая предрасположенность являются ведущими факторами развития рака желчного пузыря. [4; 5]. Некоторые генетические мутации связаны с конкретными факторами риска, выявление этих изменений влияет на различия в прогнозе течения болезни. Установлено, что многие молекулярные маркеры, белки и факторы, включая ADAM-17, комплекс Е-кадгерин / бета-катенин, CD24, CD133 +, p53 и c-erbB-2, популяция CD44 + CD133+ участвуют в разработке или развитии РЖП. Исследование их может быть полезным прогностическим маркером. [6]

Цель исследования. Изучить тенденции заболеваемости раком желчного пузыря и особенности его течения по данным УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер».

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни, выписок из медицинских карт стационарного больного УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер» 172 пациентов за 2009-2020 гг. Женщин было 133 (76 %), мужчин 39 (24 %), медиана возраста пациентов составила 70 и 72 года соответственно. Статистическая обработка данных выполнена в операционной системе Windows 7 с использованием прикладных программ Microsoft Excel, Stat Soft Statistica Trial 10.0 (США).

Результаты и обсуждение. За период 2009-2020 годы ежегодно выявлялось в среднем от 13 до 17 новых случаев заболевания РЖП. Резкий подъем заболеваемости был зарегистрирован в 2013 году с дальнейшей тенденцией к снижению. Исследования показали, что большинство пациентов (78,3) выявляются в III и IV стадии заболевания. В I стадии РЖП выявлен у 22 пациентов (12,6 %), во II стадии – 17 %, III стадия установлена у 55 (31,93%), у 73 (43,37%) – IV стадия. На протяжении исследуемого периода тенденция выявления рака желчного пузыря на ранней стадии не прослеживается. Исследование удаленного желчного пузыря показало, что наиболее частой гистологической формой РЖП у наших пациентов была аденокарцинома – 61,7%, плоскоклеточная карцинома – у 3,6%, папиллярная аденокарцинома – у 1,2% пациентов. Из всей когорты пациентов у 18 (10,2%) выявлен первично множественный метакхронный рак (базалиома, рак молочной железы, рак мочевого пузыря, рак сигмовидной кишки и др.) Исследование показало, что у 92 пациента (54,8%) происходило отдаленное метастазирование в среднем через 4 месяца, что снижало продолжительность жизни (4 мес.). Хирургическая стратегия зависит от стадии РЖП. При ранее не подозреваемом раке желчного пузыря, обнаруженном при гистологическом исследовании после обычной или лапароскопической холецистэктомии и ограниченном слизистым или мышечным слоем (T1), большинство пациентов излечиваются и не требуют дальнейшего хирургического лечения. Большую радикальность обеспечивает лимфодиссекция. При T2 простая холецистэктомия также может быть проведена, 5-летние результаты – 40,5%. Результативность расширенной холецистэктомии при II стадии достигает 85%. Расширенная холецистэктомия включает в себя клиновидную резекцию ложа желчного пузыря и регионарных лимфоузлов из ворот печени, гастропеченочной связки и ретродуоденальных лимфоузлов. При удалении желчных протоков, выполняется гепатикоеюноанастомоз. При III стадии РЖП стандартной операцией является расширенная холецистэктомия, что дает жить 5 лет 35% пациентов. Хирургическое лечение имели 86 (51,2%) пациентов, комбинированное лечение проводилось 23 пациентам. Таким образом, технология секвенирования следующего поколения и анализ данных по всему геному позволят по-новому взглянуть на молекулярный патогенез рака желчного пузыря, выявить потенциальные биомаркеры для клинического использования.

Выводы.

1. Выявление рака желчного пузыря в I и II стадии составляет 21,7%, в III и IV – 78,3%.
2. Ранняя диагностика, точная оценка стадии РЖП и выбор оптимального метода лечения имеют решающее значение для долгосрочной выживаемости пациентов.

Литература:

1. Пальцев, М.А. Атлас патологии опухолей человека / М.А. Пальцев, Н.М. Аничков. – М. : Медицина, 2005. – С. 244–248.
2. Levy, A.D. Gallbladder Carcinoma: Radiologic Pathologic Correlation / A.D. Levy, L.A. Murakata, Ch.A. Rohrmann // Radiographics. – 2001. – Vol. 21. – P. 295–313.
3. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных белорусского канцер-регистра за 2009-2018 гг. / А.Е. Океанов [и др.] ; под ред. О.Г. Суконко. – Минск, 2019.
4. Пономарев, А.А. Опухоли и опухо-леподобные образования печени и желчных протоков / А.А. Пономарев, Е.П. Куликов, Н.С. Караваев. – Рязань, 2000. – 374 с.
5. Incidental finding of gallbladder carcinoma / D. Weinstein [et al.] // Isr. Med. Assoc. J. – 2002. – Vol. 4, № 5. – P. 334–336.

6. Physical activity and biological maturation: a systematic review / E.D. Bacil [et al.] // Rev Paul Pediatr. – 2015. – Vol. 33. – P. 114–121 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4436963>